Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 15.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiersz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 9 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4½ „	„ 6 „

Kraków, 25 października 1879. № 43. Rok XVIII.

I. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj krakowskiéj z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do r. sz. 1878/9).

I.

Wstęp do sprawozdania

przez Prof. Dra **Korczyńskiego**.

Klinika lekarska krakowska składa się z kliniki stałéj i ruchoméj. Pierwsza obejmuje 24 łóżek, w drugiéj udziela się rady lekarskiéj chorym przychodnim, którzy w pewnych godzinach zgłaszają się po takową.

Klinika stała, tak jak większa część klinik krakowskich, jest zupełnie odosobnioną od szpitala i nie stoi z takowym w żadnym bliższym stosunku z wyjątkiem prawa, jakie przysłuża profesorowi klinicznemu przenoszenia chorych ze szpitala do kliniki i odsełania napowrót do szpitala tych chorych, którzy nie budzą dalszego zajęcia naukowego. Z prawa tego korzysta się jednak tylko w wyjątkowych przypadkach, a to z licznych powodów, między któremi nietylko odległość od szpitala i brak dostatecznéj posługi klinicznéj, ale co najważniejsza wytworne w porównaniu z kliniką urządzenie obecne szpitala powszechnego, a zwłaszcza oddziałów dla chorych wewnętrznych, oraz wynikająca ztąd niechęć chorych przenoszenia się do daleko mniéj wygodnie urządzonéj kliniki, główną odgrywają rolę. Z tego powodu klinice stałéj dostarcza chorych przeważnie ambulatoryjum kliniczne i praktyka prywatna profesora, a dosyć często uprzejma względność kolegów tak miejscowych, jakoteż niekiedy w znacznéj odległości od Krakowa praktykujących.

Klinika ruchoma nie jest polikliniką w ścisłém tego słowa znaczeniu, gdyż chorych nie odwiedza się w ich mieszkaniach, lecz zgłaszającym się udziela się rady w saméj klinice. Ażeby ukończonym uczniom dać sposobność do zapoznania się z warunkami i trudnościami praktyki domowéj, powziąłem wprawdzie w początkach mego zawodu nauczycielskiego zamiar urządzenia prawdziwéj polikliniki, jednakże po kilkunastu próbach w tym kierunku, z powodu stosunków miejscowych, od zamiaru tego odstąpiłem, ograniczając się do prowadzenia bądźto osobiście, bądź przez asystenta klinicznego ambulatoryjum publicznego dla uczniów, podczas gdy takowe od czasu ustąpienia prof. Brodowicza odbywane przez profesora lub asystenta, dla uczniów było niedostępne.

Liczba chorych leczonych w klinice stałéj w ciągu pierwszych czterech lat wynosiła 620, a ilość ta rozkłada się na następujące działy chorobowe:

z chorobami narządu oddechowego 126 mężczyzn 71 kobiet, razem 197, (31·8%)
„ „ krążenia 29 m. 25 k., razem 54, (8·7%)
„ „ trawienia 53 m. 31 k., razem 84, (13·4%)
„ „ moczowego 25 m. 19 k., razem 44, (7%)
„ układu nerwowego 35 m. 26 k., razem 61 (9·9%)
„ części płciowych niewieścich 2 k., razem 2, (0·4%)
„ narządu ruchowego 23 m. 20 k., razem 43, (7%)
„ zakaźnemi 56 m. 37 k., razem 93, (15%)
„ skórnemi 8 m. 5 k., razem 13, (2·1%)
z ogólnemi zmianami odżywczemi 15 m. 14 k., razem 29 (4·7%).

Ilość mężczyzn wynosiła 370, kobiet 250. Zmarło 65 mężczyzn, 38 kobiet razem 103, co stanowi śmiertelność 16·6%. Odsetki śmiertelności względnie do ogólnéj liczby chorych w powyższych działach chorób rozkładają się jak następuje: narząd oddychania 20·3%, narząd krążenia 27·7%, trawienia 19·0%, moczowy 29·5%, układ nerwowy 3·2%, płciowy niewieści 50·0%, ruchowy 2·3%, choroby zakaźne 8·5%, skórne 7·7%, ogólne zmiany odżywcze 10·3%. Największa liczba zmarłych przypada na choroby narządu oddechowego (27 męż., 13 kob., razem 40).

Materyjał ten, na którym właśnie przeważnie opiera się obecne sprawozdanie, nie może być wcale miarą chorobliwości lub śmiertelności, nie tylko z powodu, że jest zanadto szczupłym, ale co ważniejsza, że do kliniki stałéj wybierano takich chorych, jacy byli potrzebni do doświadczeń lub celów dydaktycznych.

Ilość chorych w klinice ruchoméj wynosiła 4795,

a mianowicie 2880 mężczyzn, a 1915 kobiet. Po odciągnięciu 431 chorych bądź to wprost do odnośnych klinik odesłanych, bądź też z wątpliwém rozpoznaniem, lub przez pomyłkę przy powtórném zgłoszeniu się na nowo zapisanych, pozostaje liczba 4364, która rozdziela się na pojedyńcze działy chorobowe w ten sposób, że najwięcéj chorych zgłaszało się z chorobami narządu oddechowego (28·7%), następnie z chorobami narządu trawienia (16·4%) i chorobami zakaźnemi, a przedewszystkiem zimnicą (14·1%); daleko rzadziéj z innemi chorobami, z pośród których jeszcze najczęściéj przydarzały się choroby układu nerwowego (9·1%), narządu ruchowego (8·9%) i ogólne zmiany odżywcze (6·1%). Z chorobami narządu krążenia, jak niemniéj z chorobami narządu moczowego spotykano się stosunkowo rzadko, odsetek częstości pierwszych wynosił bowiem 3·1%, drugich 3·4%.

Częstość, z jaką w pojedyńczych latach pojawiały się choroby narządu oddechowego i narządu ruchowego, a więc choroby, na które czynniki meteorologiczne pewien wpływ wywierać mogły, zachowywała się prawie odwrotnie, gdyż z chorobami narządu oddechowego zgłaszało się najwięcéj chorych w r. 1875 (33·7% ogólnéj liczby), mniéj w roku 1877 (28·2%) i w r. 1876 (27·7%), a najmniéj w r. 1878 (25·4%); podczas gdy choroby narządu ruchowego prawie z równą częstością przydarzały się w latach 1876 (9·3%), 1877 (9·4%) i 1878 (9·2%), zaś najrzadziéj w r. 1875 (7·4% ogólnéj liczby chorych). Częstość chorób zakaźnych wzrastała z każdym rokiem, gdyż wynosiła w r. 1875 10·8%, w r. 1876 13%, w r. 1877 15·6%, a w r. 1878 16·6% ogólnéj liczby chorych.

Nie odróżniając płci, najwięcéj chorych zgłaszających się liczyło od 20 — 30 lat, nieco mniéj od 30 — 40 lat, tak że chorzy między 20 — 40 r. życia stanowili tylko nieco mniejszą połowę wszystkich chorych. Kobiety między 10 — 20 rokiem życia zasięgały rady nieco częściéj, aniżeli mężczyzni w tym wieku. Dzieci do lat 10 przyjmowano tylko wyjątkowo i prawie zawsze odsełano do kliniki dla chorób dziecięcych.

Największy ruch chorych bywał w miesiącach maju i czerwcu, najmniejszy w grudniu. Od 15 lipca do 10 października z powodu wakacyj uniwersyteckich zamykano tak klinikę stałą, jakoteż ambulatoryjum.

Uważając różnoplemienność jako ważny czynnik wpływający na częstość pojawiania się rozmaitych chorób, namienić muszę, że nieco mniéj niż $^1/_5$ część wszystkich chorych przychodnich stanowili żydzi, i że różnica w częstości poszczególnych chorób najwyraźniéj uwidoczniała się w rozedmie płucowéj, z którą tylko wyjątkowo spotykano się u żydów i w chorobach układu nerwowego, gdzie największą część przypadków dostarczali żydzi. Prawie z każdym rokiem liczba żydów szukających pomocy w klinice zwiększała się, tak że w roku 1878 liczba mężczyzn wynosiła 20·7% a liczba kobiet 29·4% wszystkich chorych.

Ludność krakowska dostarczała w przecięciu około 40%, zaś ludność niekrakowska, w przeważnéj części z okolicznych włościan i małomieszczan złożona, w przecięciu około 60% chorych z równym współudziałem obiedwu płci.

Ponieważ do ambulatoryjum zgłaszają się tylko najuboższe warstwy społeczeństwa i to przeważnie z chorobami przewlekłemi, przeto cyfry powyższe mają tylko względną wartość statystyczną, i dopiero w porównaniu ze statystyką szpitala powszechnego i statystyką chorobliwości i śmiertelności miejskiéj, mogą rzucić niejakie światło na częstość poszczególnych chorób przewlekłych u naszych klas pracujących. Ponieważ nadto chorzy przychodni, jak to w części z natury rzeczy wynika, a w części wypływa ze znanéj powszechnie indolencyi téj części społeczeństwa naszego, która szuka pomocy w klinice, w przeważnéj liczbie tylko raz się zgłaszali i przez to uniemożebniali dostrzeganie dalszego przebiegu choroby, a nadto ponieważ zapiski odnoszą się bardzo często tylko do najważniejszych szczegółów z wywiadów, stanu obecnego i zaleconego leczenia, przeto sprawozdanie z kliniki ruchoméj ma również tylko bardzo małe znaczenie naukowe. Z tych to powodów spostrzeżenia z ambulatoryjum (zestawieniem których zajęli się pp. kand. med. Schramm i Aronsohn) stanowią tylko materyjał dodatkowy do sprawozdania z kliniki stałéj.

Jeżeli więc mimo ogłaszania prac szczegółowych, najczęściéj doświadczalnych i osobnych opisów kazuistycznych rzadszych przypadków chorobowych, powziąłem jeszcze zamiar ogłoszenia sprawozdania z tak szczupłéj liczby przypadków, i tak już w rozmaitych celach naukowych zużytkowanych, musiałem mieć ku temu jakieś ważniejsze powody, do wyjawienia których czuję się obowiązanym.

Każdy publiczny zakład leczniczy ma pewne obowiązki względem publiczności lekarskiéj, a polegają one w pewnéj części na ogłaszaniu peryjodyczném sprawozdań ze swych spostrzeżeń, czynności i osiągniętych skutków leczniczych. W poczuciu tego obowiązku większe szpitale zagraniczne ogłaszają oddawna roczniki, które jeżeli nie mają wprost większego znaczenia naukowego, stanowią jednakże cenny materyjał dla specyjalnych prac naukowych i statystycznych i z tego powodu bywają powszechnie cenione. Jako przykład przytoczę tylko roczniki szpitali wiedeńskich, szpitala Charité w Berlinie, lub szpitala Jerzego w Londynie. Że potrzeba takich roczników dotychczas istnieje, świadczy najlepiéj świeżo co rozpoczęte pod kierunkiem Ziemssena wydawnictwo roczników szpitali Mnichowskich. W kraju naszym, gdzie tak często panują epidemije i gdzie znajduje się tyle odmiennych od innych krajów warunków wpływających na chorobliwość i śmiertelność ogólną, z żalem wyznać należy, że bardzo mało posiadamy prac, któreby się zajmowały skreśleniem tych stosunków, tak dalece, że o częstości, lokalnych właściwościach i miejscowych przyczynach wielu chorób więcéj wiemy z kilku krajów na wpół dzikich, aniżeli z naszego w środku cywilizowanéj Europy położonego kraju. Sprawozdania szpitalne obok ogólnego naukowego celu, mają więc u nas drugi niemniéj ważny cel gromadzenia materyjału, dla bliższego poznania stosunków chorobowych miejscowych i są właśnie tym gruntem, na którym kosmopolityczna zresztą nauka służyć powinna dobru kraju. Poczucie tego obowiązku było więc jedną z pobudek do obecnéj pracy, pobudką tém ważniejszą, że po chlubnych zaczątkach ze strony szpitali lwowskich i krakowskich a w części i niektórych szpitali prowincyjonalnych, nie można się dopatrzyć żadnych dalszych prac w tym kierunku.

Ogłaszanie sprawozdań z klinik jest rzadziéj używane nawet tam, gdzie kliniki złączone są z oddziałami szpitalnemi, a wynika to już z samego urządzenia klinik, które przystępne większéj liczbie młodzieży lekarskiéj, żywém słowem i naoczném spostrzeganiem rozsiewają naukę i bogacą wiedzę, a tém samém obywać się mogą bez peryjodycznych sprawozdań. Jednakże jak w życiu codzienném, jak w każdéj gałęzi wiedzy, tak i w zawodzie klinicznym potrzebnym jest od czasu do czasu pewien obrachunek spożytkowanego

materyjału, rozpatrzenie się w nagromadzonych spostrzeżeniach, obliczenie i objęcie w jednę całość rozrzuconych szczegółów, a to w celu wyśledzenia ogólnych prawideł z przeszłości i wskazania nowych kierunków obserwacyi na przyszłość. Za przykład pożyteczności takich sprawozdań klinicznych posłużyć mogą sprawozdania Billrotha, Leberta, Leubego-Penzoldta i innych. To też i mnie niech nie będzie poczytane za złe pokuszenie się o przedstawienie czynności kliniki lekarskiéj z czterech lat, a to tem mniéj, o ile lata te są pierwszemi w moim zawodzie nauczycielskim, a więc tem potrzebniejszy jest obrachunek tego co dotychczas zdziałano.

Jeżeli medycyna wewnętrzna słusznie trzyma berło między naukami lekarskiemi i rzadko znajdzie się lekarz praktyczny, któryby jéj nie wykonywał, to przypuścić należy, że sprawozdanie z kliniki lekarskiéj nie powinno być obojętne dla lekarzy praktycznych. W wirze praktyki codziennéj, wśród stosunków nie sprzyjających naukowemu spożytkowaniu spostrzeganych przypadków, zapewne niejeden z lekarzy praktycznych chętnie zechce się zapoznać z wynikami spostrzeżeń klinicznych, a uwagi ogólne odświeżyć mu mogą w pamięci niejeden szczegół, na który dotąd mniéj zwracał baczności. Dla kolegów wspierających swym materyjałem klinikę, sprawozdanie niniejsze niechaj posłuży do ocenienia, o ile takowy starano się zużytkować dla dobra nauki i uczniów. Dla młodszych wychowańców téj kliniki niechaj będzie przypomnieniem spostrzeżeń, jakie sami widzieli i uwag, jakie słyszeli. Szereg prac klinicznych, ogłaszanych w dziennikach lekarskich, mógł posłużyć do wyrobienia sądu o kierunku naukowym wszczepianym między uczniów i młodszych lekarzy; obecne sprawozdanie może być miarą do ocenienia, o ile klinika lekarska krakowska wypełnia drugi, dla społeczeństwa i zawodu lekarskiego ważniejszy cel kształcenia młodzieży lekarskiéj i zaznajamiania takowéj z postępem i spółczesném stanowiskiem nauki. Chcąc dać sposobność do wyrobienia tego sądu, w sprawozdaniu obecném uwydatniano, gdzie należy, metodę badania i spostrzegania, jak niemniéj sposób pojmowania spraw spornych i ważniejszych zjawisk chorobowych.

Wreszcie pobudką do ogłoszenia téj pracy była zbliżająca się rocznica stuletniego istnienia klinik krakowskich i chęć uświęcenia téj uroczystéj chwili zbiorową pracą, skromną wprawdzie co do formy i treści, lecz zastosowaną do warunków mniéj korzystnych, wśród których, w porównaniu z wielu innemi, znajdują się kliniki krakowskie.

Wyjawiwszy powody ogłoszenia tego sprawozdania miło mi namienić, że grono młodszych lekarzy, a byłych moich uczniów, którym cel i pobudki sprawozdania przedstawiłem, z chwalebną chętnością podjęli się rozdzielenia pomiędzy siebie téj żmudnéj pracy, tak że takowa pojawi się jako praca zbiorowa, ujęta tylko — o ile się to uskutecznić dało, w jednolity sposób i kierunek opracowania.

Dla szczupłości materyjału z lat czterech, w niektórych chorobach, jak w chorobach nerek i stawów, w durach, dodano jeszcze przypadki chorobowe dostrzegane w roku szkolnym 1878/9. W podziale ogólnym chorób zachowano ten sam system, którego użyto w sprawozdaniu z oddz. chor. wewn. szpitala św. Łazarza w r. 1872 (zobacz Przegląd Lek. 1873), podczas gdy w kolejności poszczególnych chorób nie trzymano się ściśle poprzedniego wzoru, kładąc wszędzie naprzód choroby ważniejsze lub częstsze. Aby uniknąć powtarzania się opuszczono wszystkie spostrzeżenia, już poprzednio drukiem ogłoszone. Brak pracowni klinicznéj, i niedostateczność urządzenia kliniki jest przyczyną, dla któréj wiele szczegółów jest mniéj dokładnie spostrzeganych i opisanych, aniżeliby tego sobie życzyć należało.

II.

Choroby narządu oddechowego.

I. Zapalenie płuc dławcowe.

Opracował Dr. **St. Smoleński.**

W klinice stałéj leczono 54, w ruchoméj 66, razem 120 chorych, dotkniętych zapaleniem płuc dławcowém, co stanowi 8·7% wszystkich chorych w klinice stałéj, a 1·5% wszystkich chorych w klinice ruchoméj leczonych. Pomiędzy chorobami narządu oddechowego zapalenie płuc dławcowe wynosiło w klinice stałéj 34·4%, w ruchoméj 5·28% [1]). Jeżeli się uwzględni że chorych z zapaleniem płuc, jako pożądanych w celach klinicznych i demonstracyjnych przyjmowano do kliniki stałéj z pewną predylekcyją, i że do ambulatoryjum zgłaszają się chorzy przeważnie z chorobami przewlekłemi, to powyższe odsetki częstości zapalenia płuc uważać należy dla kliniki stałéj jako za wysokie, dla ruchoméj za niskie.

Zatrudnienie chorych leczonych w klinice stałéj rozkłada się w następujący sposób: 1) pomiędzy mężczyznami było: wyrobników i służących 18, murarzy 4, stolarzy, szewców i krawców po 2, jeden powroźnik, kaflarz, piekarz, blacharz, rzeźbiarz, posługacz kliniki i retuszer; 2) pomiędzy kobietami było: wyrobnic i służących 12, gospodyń wiejskich 5, jedna akuszerka i jedna wdowa po nauczycielu. Do kliniki ruchoméj zgłaszali się z zapaleniem płuc włóknikowém przeważnie wieśniacy i wieśniaczki, wyrobnicy i wyrobnice, a pośród mężczyzn uderzała częstość zapalenia płuc u murarzy.

Co do wieku i płci zauważano w klinice stałéj stosunek następujący:

Wiek	Mężczyzni	Kobiety	Razem
1 — 10	—	1	1
10 — 20	5	3	8
20 — 30	13	6	19
30 — 40	10	3	13
40 — 50	4	2	6
50 — 60	2	2	4
60 — 70	1	2	3
Razem	35	19	54

Do kliniki ruchoméj zgłaszały się częściéj kobiety w wieku podeszłym, aniżeli mężczyzni w tym wieku; nie odróżniając płci największa liczba chorych znachodziła się między 20 a 30 r., nieco mniejsza między 30 — 40 rokiem życia.

Z pośród ogólnéj liczby 54 chorych kliniki stałéj umarło 4 mężczyzn (lat 30, 33, 35, 46) i 2 kobiet (lat 62 i 68), razem 6 chorych, co stanowi 11·1% chorych leczonych na zapalenie płuc dławcowe, a 5·7% wszystkich przypadków śmierci [2]).

Co się tyczy wpływu pór roku na częstość pojawiania się téj choroby, to podają jako prawidło, że na lądzie

[1]) W ciągu lat 4 (1871 — 1875) przyjęto do oddziału mego w szpitalu św. Łazarza 507 chorych z zap. płuc dławcowém, co wynosiło 7·7% wszystkich chorych, a 26·8% chorób narządu oddechowego. *Korczyński.*

[2]) Śmiertelność z zap. płuc dławcowego wynosiła w szpitalu św. Łazarza w czasie od 1871 — 1875 r. bez odliczenia chorych przybywających w chwili konania 28·8%: co stanowi 11·3% wszystkich zmarłych. *Korczyński.*

stałym na zimę i wiosnę przypada $^2/_3$, na lato i jesień $^1/_3$ część przypadków. Po zliczeniu wszystkich przypadków z kliniki stałej i ruchomej, stosunek ten częstości ze względu na pory roku zachowuje się jak 9 : 5, przyczem namienić należy, że z powodu zamknięcia kliniki podczas feryj szkolnych, odpada część lata i część jesieni.

Choroba rozpoczynała się w 35 przypadkach kliniki stałej jednorazowym silnym dreszczem, z tych prawie połowa doznawać miała równocześnie kłucia w piersiach. Według podania chorych dreszcz trwał $^1/_2$ — 2 godzin, wyjątkowo dłużej. W 4 przyp. namieniali chorzy o kilkurazowym dreszczu, a w 1 przyp. o lekkich tylko dreszczykach. W mniejszej liczbie przypadków dreszcz poprzedzały inne objawy, które nie różniły się niczém od zwiastunów poprzedzających choroby zakaźne i trwały od 1 — 3 dni, co uprawnia nas do wniosku, że w zapaleniu płuc częściej przydarza się okres zwiastunów *(stadium prodromorum)*, aniżeli podaje wielu autorów. W pozostałych 14 przyp., w których wcale nie było dreszczu, rozpoczynała się choroba ogólném osłabieniem, kaszlem, kłuciem, biegunką, uczuciem znużenia i ogólnej niedogody. Obecność lub brak dreszczu lub okresu zwiastunów, nie ma, o ile się zdaje znaczenia pod względem patogenezy i rokowania.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Przypadek amyotroficznego porażenia opuszkowego ze zwyrodnieniem dróg piramidalnych.

Skreślił Dr. A. Adamkiewicz,
Docent prywatny Uniwersytetu i starszy lekarz szpitala Charité w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

Flechsig śledził przebieg wyż opisanego splotu włókien nerwowych aż do móżdżku i nazwał takowy ze względu na cechujące ułożenie i kształt „szlakiem bezpośrednim móżdżko-boczno-postronkowym“ *(Directe Kleinhirn-Seitenstrangbahn)*.

Zwyrodniały tedy obszar naszych preparatów leżeć będzie między tym szlakiem (móżdżko-boczno-postronkowym) Flechsiga, a resztami postronków bocznych i boczną warstwą graniczną szarej istoty; odpowiada zatém mniej więcej wiązkom włókien, które należą do układu szlaków tak zwanych piramidalnych *(Pyramidenbahn)*. Wiemy bowiem z poszukiwań Flechsiga *(Die Leitungsbahnen im Hirn und Rückenmark* str. 270. — *Über System-Erkrankungen im Rückenmark* str. 4177.), że szlaki te wyszedłszy z rdzenia półkul mózgowych a mianowicie z górnych części splotów środkowych, obok zwojów mózgu przebiegają i przez zewnętrzną osłonkę do dolnej części odnogi mózgowej wkraczają, następnie przyczyniwszy się do budowy piramid rdzenia przedłużonego, w małej części tylko bezpośrednio do postronków przednich, w większej jednak części skrzyżowane do postronków bocznych przechodzą i tu między szlakami móżdżko-boczno-postronkowemi, boczną warstwą graniczną szarej istoty i resztami postronków bocznych się kończą.

Jak sobie przypomnimy, okazy z rdzenia naszej chorej przedstawiały znaczne zwyrodnienienie nie tylko tylnych części bocznych postronków ale także wązki pas zwyrodnienia w postronkach przednich, w miejscu gdzie się oba ostatnie ku brózdce podłużnej przedniej zwracają (fig. I *a*).

Pasma te jednak odpowiadają co do umiejscowienia szlakom pochwowo-przedniopostronkowym Türcka *(Hülsenvorderstrangbahn)* czyli tak zwanym nieskrzyżowanym włóknom piramidalnym Flechsiga *(Ungekreuzte-Pyramidenfasern)*.

W rdzeniu zatem naszej chorej uległ zwyrodnieniu cały układ szlaków piramidalnych, składający się z szlaków piramidalno-przedniopostronkowych i piramidalno-tylnopostronkowych.

Co się tyczy istoty tego zwyrodnienia, ogólnikowo już przedtem określonego w szczególności dało się wybadać co następuje.

W części szyjnej rdzenia na miejscu zwyrodniałém tkanka nerwowa zupełnie znikła, zastąpiona zbitą tkanką łączną, śród której grube pasma tworzą utkanie siatkowate, z nader rzadkiemi łukami, częścią pustemi częścią wypełnionemi przekrojami pokurczonych zanikających włókien nerwowych.

Nasilenie tego chorobowego rozwoju tkanki łącznej zmniejsza się ku dołowi, w skutek czego chora tkanina okazuje się mniej obfitą. Widzimy w niej tu i owdzie występujące gniazda prawidłowych włókien nerwowych, pomnażających się szczególnie na przedniej granicy części zwyrodniałej, a zatem od strony resztek bocznych postronków.

Wreszcie stosunek ten staje się zupełnie odwrotnym. Od części lędźwiowej rdzenia na dół znachodzimy w szlakach piramidalno-bocznopostronkowych w miejscu zbitej tkanki łącznej, tylko pojedyncze pasma tegoż pochodzenia, przeplatające tylko zdrową tkankę istoty białej.

2) Istota szara. Rogi szarej istoty w części szyjnej i piersiowej rdzenia są nadzwyczaj wązkie, a przytém niestosunkowo wydłużone (porównaj ryciny). Rogi przednie posiadają zaledwie trzecią część prawidłowej swej objętości. W skutek tego, że przebiegają nadzwyczaj zbieżnie ku przodowi, gdy tylne odwrotnie niezwykłą rozbieżność ku tyłowi okazują, przedstawia szara istota na przekroju części szyjnej i piersiowej rdzenia raczej kształt litery A zamiast zwykłego kształtu głoski H. W zanikłych rogach przednich badanie drobnowidowe wykazało głębokie zmiany tkaninowe.

Sama szara istota utraciła zupełnie swój prawidłowy wygląd. Miejsce zwojów włókien nerwowych o podwójnych konturach pomiędzy temiż w stanie prawidłowym złożonych, zajęła pilśniowata tkanka łączna o zamazaném wejrzeniu, a tylko tu i owdzie znachodzimy w niej zanikający jako tako utrzymany zwój nerwowy. W ten sposób więc zanikły zupełnie aż po rdzeń lędźwiowy komórki zwojowe wielobiegunowe tak rogów przednich jak i w szlaku pośredniobocznym (*Tractus intermedio-lateralis*). Dopiero w rdzeniu lędźwiowym występują znów komórki, w rogach przednich w górnej części tegoż przeważnie komórki boczne, poniżej zaś wyjścia pierwszego i drugiego nerwu krzyżowego przeważnie środkowe gromady komórek. Słupki Clarcka są całkiem nienaruszone (fig. IV *a*).

II. Rdzeń przedłużony. Ważnym objawem na rdzeniu przedłużonym jest mocne przekrwienie sięgające aż do mostu Varola. Wszystkie przekroje z tej okolicy rdzenia są obsiane przepełnionemi naczynkami.

Co do tkanki nerwowej badania wykazały zmiany następujące: W rdzeń przedłużony a mianowicie w istotę szarą w pobliżu przejścia jego w rdzeń pacierzowy, wciska się fałd (Fig. VII. o połowę powiększony), szypułkowaty, wychodzący

VII



z piramid, na przecięciu około 5 mm. gruby, ułożony w zagłębieniu, które całkiem wypełnia. Leży on tuż nad piramidami, przerywa ciągłość szwu zajmując szczególniéj obszar części siatkowatéj po obu stronach szwu i dosięga z przodu brzegu oliwek. Z wejrzenia jest po części prążkowanym, po części budowy komórkowatéj. Obok téj nieprawidłowości będącéj tylko mniéj ważnem zboczeniem rozwojowém, uderza na rdzeniu przedłużonym zupełne zwyrodnienie obu piramid. Cały obszar zajęty oliwkami, szwem, ciałem siatkowatém (*formatio reticularis*) i włóknami obłąkowatemi (*fibrae arciformes*) uległ zupełnemu stwardnieniu, w którém nawet resztek utrzymanych nerwów dopatrzeć się nie można; tylko jądro piramid nie uległo żadnéj ważniejszéj zmianie.

W wysokim stopniu chorobowo zmienione jest nadto jądro nerwu podjęzykowego. Jądro to na zdrowych okazach nawet okiem nieuzbrojoném rozpoznać się dające, na naszych okazach tak dalece zanikło, że miasto ciemnéj dokładnie zakreślonéj plamy pozostał tylko jasny biały przeświecający znak, zdradzający jego dawniejsze umiejscowienie. Pod drobnowidem spostrzegamy na tém miejscu wiotką, pilśniowatą tkankę z nader nielicznemi komórkami. Z jądrem nerwu podjęzykowego zniszczały także po większéj części jego wiązki nerwowe, dla gołego oka wcale nie widzialne a pod mikroskopem zanikłe resztki przedstawiające.

Nie mogliśmy też żadnéj zmiany pewnéj wykryć tak w wielkich oliwach jak i w jądrach bocznych i klinowych postronków, nic też nie było chorobowego w jądrach nerwu błędnego, słuchowego, językogardzielowego i dodatkowego Wilizyjusza. Za mała spójność preparatów z mostu Varola wziętych, nie dozwalała badać stanu reszty jąder nerwowych a w szczególności nerwów twarzowych.

Zbierzmy ogół objawów i przebieg w jednę całość a otrzymamy bardzo charakterystyczny obraz opisywanéj właśnie choroby.

Zacinanie się języka w mowie rozpoczyna cały szereg objawów chorobowych, następują późniéj większe zboczenia w mowie wraz z porażeniem języka, ślinieniem, późniéj występuje niezupełne porażenie całego dolnego obszaru nerwu twarzowego i mięśni żuchwowych, z występującym wkrótce potem i powoli się rozwijającym ogólnym zanikiem mięśni całego ciała, z wyjątkiem ździergaczy, mięśni zaopatrzonych przez nerwy okoruchowe i gałązki czołowe nerwu twarzowego. Wśród takiego wkradania się niszczącéj téj choroby w cały układ czynności ruchowych z następowém zniesieniem tychże, pozostaje strona zmysłowa i psychiczna zupełnie nietkniętą: chora zdolną jest niestety do poznania, że żyje wśród nie znającego jéj świata, który ona sama widzi i pojmuje.

Skutkiem zboczeń w narządzie żucia i zaniku języka nastają trudności w połykaniu, a w następstwie i upośledzenie odżywiania. Kawałeczki ciał obcych dostają się do dróg oddechowych i wywolują zapalenie błony śluzowéj oskrzeli. Chora marnieje wśród napadów duszności, potęgowanych nieżytem oskrzelowym, aż ją wreszcie nagle śmierć zaskakuje.

Łatwo jest dopatrzeć się choroby w tym obrazie objawów, którą w r. 1860 Duchenne (*Archives generalles de medecine. Paris 1860*), pod nazwą: *Paralysie progressive de la langue, des levres et du voile du palais* pierwszy opisał, a którą późniéj Wachsmuth (*Ueber die progressive Bulbarparalyse und die Diplegia facialis, Dorpat 1864*), odniósł do zmian anatomicznych (tkaninowych) rdzenia przedłużonego i porażeniem opuszkowém postępującém nazwał (*Progressive Bulbaerparalyse*). Leyden wreszcie uwzględniając rzeczywiste zmiany anatomiczne w rdzeniu przedłużonym tudzież przyłączający się zawsze zanik mięśniowy, nazwał to cierpienie (*Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrkhtn.* Tom VIII. Zeszyt III. Odbitka) porażeniem opuszkowém amyotroficznem postępującém. (*Progressive amyotrophische Bulbaerparalyse*).

Jakkolwiek większa część przypadów naszego przypadku chorobowego odpowiada znanemu obrazowi choroby w mowie będącéj, to przecież niektóre szczegóły kliniczne a zwłaszcza wynik badania anatomicznego rdzenia pacierzowego dostarczają godnego uwagi przyczynku do nauki o porażeniu opuszkowém postępowém.

Najpierw poucza nasz przypadek, że wzruszenie umysłowe może być przyczyną porażenia opuszkowego, jak to już dawno przypuszczano, lecz dotąd przypadkami chorobowemi nie stwierdzono. (Porówn. Kussmaul: *Ueber die fortschreitende Bulbärparalyse und ihr Verhälltniss zur progress. Muskelatrophie. Sammlung klin. Vorträge. Volkmann* Nr. 54, 1873). Pacyjentka nasza była zupełnie zdrową aż do chwili otrzymania owéj przestraszającéj wiadomości; wtedy to przerażona w jednéj chwili uległa chorobie. Znaną jest rzeczą, że wzruszenia umysłowe panują jak siły tajemne nad funkcyjami życia zwierzęcego. Ja też usiłowałem na innem miejscu (Adamkiewicz: *Die Secretion des Schweisses. Eine bilateral-symetrische Nervenfunktion. Berlin Hirschwald 1878. Cap. Vorstellung.* Str. 35. Tenże *Ueber bilaterale Functionen. Berl. klin. Wochenschrift 1878.* Nr. 31), wyszukać fizyjologicznéj podstawy dla tego pewnika.

Nasz przypadek dowodzi, że siły te zasadnicze wzruszonego umysłu w najwyższym rozwoju, zarówno jak urazy zdolne są wywołać zmiany w sferze umysłowo-ruchowéj kory mózgowéj, zmiany te są prawdopodobnie natury drobinowéj. Prawie takież same zmiany zwyrodnienia dróg piramidalnych jak w rdzeniu naszéj choréj znaleźli Charcot i Pitres (*Revue mensuelle.* T. I. Nr. 1 ff.) w jednym przypadku, ale jako następową zmianę po zniszczeniu splotów centralnych, płatów okołośrodkowych (*Lobi paracentrales*) i części najbliższych zwojów bocznych i czołowych.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

O obrzękach śledziony. Wykład prof. Chvostka w Wiedniu. Sprawozdanie Dra Filewicza z Kolbuszowy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

Co do objawów zapalenia śledziony i zawału krwawego autor przyznaje, że w większéj liczbie przypadków są one tak mało znaczne, że dopiero oględziny pośmiertne mogą na pewne stwierdzić chorobę. Należy tu:

1) Obrzęk śledziony, który zdaniem Bambergera rzadko przekracza podwójną jéj wielkość, chyba że choroba wystąpi w śledzionie już poprzednio chorobowo powiększonéj. Obrzęk ten zawisłym jest od ilości i wielkości ognisk zapalnych, tudzież rozciągliwości torebki śledzionowéj. Przy obmacywa-

niu czujemy zwiększony opór, jednak nie w tym stopniu, jak w przewłocznych obrzmieniach śledziony. Kształt obrzęku nie przedstawia nic godnego uwagi, chyba że większy ropień położony tuż przy powierzchni wypukla torebkę w postaci guza chełboczącego.

2) Bóle znajdziemy tylko wtedy, jeżeli i otrzewna uległa zapaleniu, lub gdy torebka doznała mocnego naprężenia przy szybkiém wytwarzaniu się obrzęku. Obmacywanie tudzież opukiwanie okolicy śledziony jest dla chorego zazwyczaj dolegliwém, lubo przedtém wcale na bóle się nie skarżył.

3) Gorączka, wyjątkowo tylko pochodząca od samego zapalenia śledziony, zawisłą jest zawsze od choroby głównéj (zapalenia śródsierdzia, ropnicy itd.) i odpowiednie jéj także nosi cechy. Gdy zapalenie śledziony przechodzi w ropienie, gorączka przybiera cechę ropnicowéj; występują częste dreszcze z następowém uczuciem gorąca i potami; chorzy przedstawiają zwykle lekkie stopnie żółtaczki, występuje puchlina, rozwolnienie, wynędznienie itd. Otto utrzymuje, że nieraz trwają ropnie całe lata, a mimo to gorączka się nie pojawia.

4) Bóle rozpromieniające się ku lewéj łopatce a według Mathona także ku lewéj odnodze dolnéj, obok tego zboczenia ze strony żołądka, a przy dłuższém trwaniu choroby puchlina i gnilec.

5) Objawy towarzyszące pęknięciu ropnia śledzionowego. Tu należą objawy rozlanego zapalenia otrzewny, po przebiciu ropnia do jamy otrzewnowéj, kończące się często już w kilku godzinach śmiercią. Objawy ograniczonego ropnego zapalenia otrzewny po przebiciu ropnia do przestrzeni otorbionéj w jamie brzusznéj. Wymioty krwaworopne i także stolce przy przedziurawieniu żołądka lub kiszki grubéj. Objawy zapalenia w płucu lewém i plwocina ropna przy przedziurawieniu do płuca. Gdy ropień przedziurawić ma powłoki brzuszne, występuje w odpowiedniém miejscu na skórze obrzęk zapalny, daléj czuć chełbotanie, wreszcie skóra pęka, otworem wylewa się ropa, w któréj pod drobnowidem rozpoznać możemy obumarłe resztki miąższu śledziony.

Rozpoznanie zawału w większéj liczbie przypadków jest całkiém niemożebném, prawdopodobném ono będzie, jeżeli obrzęk i ból w okolicy śledziony a obok tego i wymioty wystąpią w przebiegu choroby, w któréj zwyczajnie śledziona nie obrzmiewa, jak w zapaleniu śródsierdzia i przy wadach zastawek sercowych. Otrzymamy wtedy pewność, gdy wystąpią wyraźne objawy zatoru i w innych narządach ciała. Trudno dają się rozpoznać ropnie przerzutowe w przebiegu ropnicy, gdyż śledziona nabrzmiewa już skutkiem saméj choroby, a nawet może być bolesną gdy obrzęk szybko się wytworzył. Z prawdopodobieństwem rozpoznamy je tu tylko wtedy, gdy wytworzy się znaczniejszy obrzęk śledziony i bóle będą silniejsze, bo skutkiem saméj tylko ropnicy śledziona nieznacznie tylko obrzmiewa, a tém samém i naprężenie torebki i pochodzące ztąd bóle mogą być tylko mierne. Że ropień wytworzył się w śledzionie samoistnie lub po zadanym urazie, poznajemy, gdy bezpośrednio po uderzeniu lub bez znanéj przyczyny śledziona nagle się powiększy, wystąpią gwałtowne bóle zwiększające się przy ucisku, gdy chory śród objawów gorączki charłacznéj szybko niszczeje, puchnie, a objawów podobnych w inny sposób wytłumaczyć sobie nie możemy. Pewniejszém stanie się rozpoznanie, jeżeli w okolicy śledziony znajdziemy wypuklenie, a staje się całkiem pewném, jeżeli wyczujemy w miejscu wypuklenia wyraźne chełbotanie lub gdy ropień przebije się gdzieś do sąsiedniego narządu, ropa wyjdzie na zewnątrz, a równocześnie obrzęk śledziony we wszystkich rozmiarach się zmniejszy.

Co się tyczy rokowania, to takowe w większéj liczbie przypadków jest zupełnie pomyślném. Zawał goi się przez zabliźnienie, a złe następstwa dla chorego pochodzić mogą jedynie od choroby głównéj. Gdy zawał przechodzi w ropienie lub sposoczenie, rokowanie staje się prawie zawsze niepomyślném. Wygojenie się czy przez wessanie, czy też skredowacenie lub przebicie się i wydalenie na zewnątrz, należy do zejść bardzo rzadkich. Barbieri opisuje przypadek, gdzie ropień wytworzył się w śledzionie w przebiegu gośćca stawowego, a po wypuszczeniu zeń ropy zagoił się zupełnie.

Leczenie polega na stósowaniu okładów lodowych na okolicę śledziony i podaniu choremu leków solnych, przeczyszczających; zresztą jest ono czysto przypadowém. Przeciw bólom wstrzykujemy podskórnie środki odurzające lub stósujemy środki drażniące na skórę (gorczyczniki, pijawki tylko u osób silnych). Celem złagodzenia wymiotów leki odurzające, dwuwęglan sody itp. Gdy wyczujemy wyraźne chełbotanie bez zwłoki otwieramy ropień.

Autor przytacza daléj 4 przypadki zapalenia śledziony, które sam obserwował. Pierwszy z nich odnosi się do żołnierza mającego lat 21, który zachorował na dur brzuszny, w ciągu choroby prócz objawów prawidłowego przebiegu duru, żadnych innych objawów nie okazywał, i już w okresie polepszania nagle upadł na łóżku i w kilku chwilach ducha wyzionął. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono śledzionę długości odpowiedniéj 5 przestworom międzyżebrowym, w dolnym zaś jéj odcinku pęknięcie przenikające torebkę i wierzchnią warstwę miąższu, długie na 3 cm. i tyleż szerokie, wypełnione płynem ropiastym. Okoliczny miąższ śledziony w postaci klina rozmiękły, żółtobrunatny, z licznemi jamkami wypełnionemi gęstą, żółtawą ropą. W pobliżu tegoż ropnia znaleziono w miąższu ognisko klinowate barwy brunatno-żółtéj; w środku zaś zewnętrznéj powierzchni śledziony tuż pod torebką jamkę wielkości orzecha laskowego wypełnioną ropą. Zresztą miąższ śledziony gruboziarnisty, kruchy i ciemnoczerwony. W jamie otrzewnéj nieco płynu żółtawego mętnego.

W przypadku drugim duru brzusznego, znaleziono przy oględzinach pośmiertnych śledzionę 12 cali długą, 6 cali szeroką, a 3 cale grubą a w niéj liczne świeże ropnie i zawały wielkości jabłka. W przypadku trzecim opisuje autor ropnie przerzutowe w śledzionie z przedarciem kilku do otorbionéj jamy w otrzewnie. Ropnie te wytworzyły się prawdopodobnie skutkiem zapalenia wsierdzia na zastawkach tętnicy głównéj, przytém znaleziono liczne ropnie w wątrobie dochodzące wielkości jaja kurzego tudzież następowa zakrzepicę w grubszéj gałęzi żyły wątrobowéj. Ropnie przerzutowe i zawały w płucach, obustronny wysięk opłucnowy.

W przypadku czwartym, który autor obserwował u 15 letniego chłopca w Parenzo w Istryi, ropień wytworzył się w śledzionie skutkiem długotrwałéj zimnicy codziennéj. Chory mimo używania chininu zimnicy nie tracił, codziennie skarżył się na coraz silniejsze bóle w boku lewym, wreszcie wśród objawów ogromnéj duszności wykaszlał pół miski czystéj ropy, poczém bóle w boku lewym znacznie się zmniejszyły, kaszel z plwociną ropną jednak dłuższy czas jeszcze się utrzymywał. Badając klatkę piersiową wykrył autor z tyłu w dolnéj części lewego płuca lekkie stłumienie obok

oddechu nieoznaczonego i licznych nieoznaczonych rzężeń. Chory zwolna przychodził do siebie i oglądany w 2 miesiące później miał się już prawie całkiem dobrze. (C. d. n.)

Dr. J. Pauly (w Poznaniu): **Szpotawość w skutek braku kości goleniowéj.**

Na tegorocznym zjeździe chirurgów niem. w Berlinie przedstawił P. okaz, pochodzący od 15-letniego chłopca, który sam zażądał odjęcia prawego, wielce mu przeszkadzającego podudzia. Podudzie to o 17 cm. krótsze od lewego, wisiało u uda pod tępym i ku wewnątrz zwróconym kątem, z stopą wprawdzie mniejszą, lecz dobrze wykształconą, ale w tak silném ustawieniu szpotawém, że koniec palca dużego dotykał wewnętrznéj powierzchni górnéj trzeciéj części podudzia. Łatwo dało się wykazać, że główną przyczyną był brak kości goleniowéj, ograniczającéj się tylko do szczątka górnéj jéj części. Wyłuszczenie ze stawu kolanowego nie udało się dla zbyt szczupłego płatu, przystąpiono więc do odjęcia podudzia po nad kłykciami kości udowéj sposobem Cardena *(transcondylaere Amputation)*, po któréj chory w pięć tygodni wyzdrowiał. Dzięki téj metodzie można było dokładnie zbadać i dolny koniec kości udowéj.

Jest on grubszym i wiele szerszym niż prawidłowy, o średnicy poprzecznéj 7½ cm. ściany zewnętrzne tegoż końca nie są płaskie i prostopadłe lecz wypukłe; po nad chropowatością kłykcia zewnętrznego znajduje się nieprawidłowa 5 cm. długa a 2 cm. szeroka eliptyczna płaszczyzna stawowa, służąca bez wątpienia do artykulacyi z główką piszczeli okrągłéj, na 3 cm. szerokiéj, wchodzącéj w staw kolanowy, a tworzącéj zarazem najwyższy punkt powierzchni stawowéj podudzia. Powierzchnie stawowe szczątkowego golenia są prawie pionowo ułożone, także skośnie pochylone, ku wewnątrz i tyłowi zwrócone, wypukłe i stykają się pod kątem 120° z wyniosłością międzykłykciową *(eminentia intercondyloidea)*, ku przodowi w kształcie litery V przebiegającą. Rzepka ułożona jest na powierzchni chrząstkowatéj, trójkątnéj 2 cm. szerokiéj. Na obydwu płaszczyznach stawowych kłykci od 2½ do 3 cm. szerokich, przebiegają małe, poprzeczne listewki, a na powierzchni stawowéj zewnętrznéj znajduje się chrząstka międzystawowa w kształcie cienkiego i wązkiego sierpa. O stosowaniu się do siebie obu płaszczyzn staw kolanowy tworzących, ani mowy nie było, wyżéj wymienione listewki były linijami granicznemi artykulacyi. Główka piszczeli, tworząca z szczątkiem kości goleniowéj także płaszczyznę stawową golenio-piszczelową *(Articulatio tibio-fibularis)* dotykała tylko stycznie powierzchni zewnętrznéj kłykcia zewnętrznego kości udowéj. Kształt dolnego końca kości udowéj zupełnie jest wyjaśniony, jeżeli uwzględnimy, że w skutek braku kości goleniowéj nie doznawał najmniejszego ciśnienia zwykłego ze strony wyż wymienionéj kości, i że kierunek płaszczyzn stawowych goleniowych był zupełnie płodowym (Hüter: *Klinik d. Gelenkkrankheiten* II, str. 177). Nieprawidłowym jest udział piszczeli w stawie kolanowym, w skutek wysterczania tejże kości tak, że w skład powyższego stawu wchodzą 3 kości, podobnie jak w stawie łokciowym. Szczątek kości goleniowéj przedstawia się w kształcie ostrosłupa, którego podstawą jest właśnie powierzchnia stawowa na 4½ cm. wysoka a 5½ cm. szeroka. Dobrze pokryta kość piszczelowa na 23 cm. długa, kończy się kostką zewnętrzną *(Malleolus externus)* 5 cm. szeroką, opatrzoną na swéj wewnętrznéj powierzchni dwiema oddzielnemi powierzchniami stawowemi. Temi powierzchniami styka się kostka z kością skokową i piętową, które tak silnie są skręcone, że ich powierzchnie zewnętrzne boczne poziomo się ułożyły. Kość skokowa posiada kształt walca poziomo ułożonego, 4 cm. długiego, którego jedna płaszczyzna podstawowa na 2½ cm. szeroka właśnie z kostką zewnętrzną artykuluje, gdy tymczasem druga słabo wypukła z kością łódkową, nieco pionowo wysuniętą się łączy. Ta ostatnia płaszczyzna odpowiadałaby główce kości skokowéj o naznaczonéj tylko szyjce, z zupełnym, rozumie się brakiem obrótki *(rotula)*. Zatoka stopowa *(Sinus tarsi)* jest tylko rowkiem na 4½ cm. długim, ograniczonym od kości piętowéj, 6 cm. dłuższéj, także poziomo ustawionéj, podobnie jak skokowa, zwykły kształt mającéj; jéj powierzchnia zewnętrzna zmieniła się na spodnią i zwraca się nieco ku górze tak, że guz piętowy sterczący ku tyłowi na zewnątrz i ku górze wyżéj jest położony o 2½ cm. od kostki zewnętrznéj. Kość piętowa nie tworzy stawu z kością skokową, tylko tam, gdzie pierwsza z kostką zewnętrzną się styka, wytworzyła się płaszczyzna stawowa na guzku, po za którym mięśnie piszczelowe *(peronei)* przebiegają. Ta powierzchnia stawowa na kości skokowéj artykuluje z tylną częścią powierzchni stawowéj kostki zewnętrznéj, ustawionéj 1 cm. niżéj od płaszczyzny kości piętowéj i skokowéj.

Błędném byłoby, według znanych badań, przypadek ten nazwać szpotawością wrodzoną; mamy tu bowiem do czynienia tylko z najwyższym stopniem skręcenia stopy. Staw Choparta jest zgnieciony i tworzy podstawę, na któréj się wznosi reszta kości stępu wraz z pionowo ustawionemi kościami śródstopy i palców. Mięśnie wszystkie znaleść można: wyprężacze zsunięte ku wewnątrz wraz z ich ścięgnami pokrytemi więzem workowym przebiegają po górnéj powierzchni kości skokowéj, zginacze znachodzimy w szparze między piszczelą a śródstopą ku dołowi i na wewnątrz, piszczelowe zaś od góry; nawet wszystkie wyrostki kostne mięśniowe wyszukać było można.

Okaz ten, posłany profesorowi Hassemu w Wrocławiu byłby trzecim w literaturze; pierwszy opisał Billroth w rocznikach Langenbecka tom I, wraz z sprawozdaniem sekcyi, gdzie znachodzi się brak kości goleniowéj prawéj z szpotawém ustawieniem stopy najwyższego stopnia, daléj nadzwyczajne wystawanie kostki zewnętrznéj; brak mięśnia długiego zginacza palucha, przedniego goleniowego i więzadła bocznego wewnętrznego. Drugi przypadek opisany jest przez Alberta w Insbruku *(Wiener med. Presse* 1877) u dziewięciomiesięcznéj dziewczynki z szpotawością średniego stopnia, przy nadzwyczajnéj jednak sztywności stawu. W tym przypadku podudzie można było w kolanie na wewnątrz i zewnątrz zagiąć, a nawet w górę naprzód nieco wysunąć, podobnie jak w przypadku, powyżéj opisanym. Matka zwracała tylko uwagę na wadę w kolanie, lecz Albert znalazł przyczynę w braku kości goleniowéj. Celem usunięcia téj wady radził sobie Albert w sposób gienijalny, przesunął bowiem piszczel do zatoki międzykłykciowéj, co mu się w zupełności udało.

W stósunku do dosyć częstych braków kości promieniowych, brak kości goleniowéj zdarza się bardzo rzadko, częściéj jeszcze brak piszczeli (18 przypadków; Meyersohn, Virchova Rocznik tom 76, zeszyt 2), jakkolwiek kość promieniowa i goleniowa uchodzą za równie ważne w anatomii porównawczéj.

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne XV. z dnia 15go października 1879 roku.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków 13 i Dr. Szwykowski z Paryża jako gość.

1) Przewodniczący powitawszy członków Towarzystwa pierwszy raz po feryjach zgromadzonych, oraz przedstawiwszy Dra Szwykowskiego z Paryża, zawiadamia: że Towarzystwo lek. krak. wzięło udział w delegacyi lekarzy z protomedykiem Dr. Biesiadeckim na czele, która J. I. Kraszewskiemu w dniu 3 bm. ofiarowała ozdobny adres opatrzony podpisami przeszło ośmiuset lekarzy. W delegacyi tej reprezentowali nasze towarzystwo prezes, wiceprezes i sekretarz stały.

2) Przewodniczący zawiadamia: że kol. Dr. Skórkowski sekretarz doroczny Towarzystwa, dla stosunków rodzinnych Kraków opuścił i że temuż przy pożegnaniu złożył podziękowanie w imieniu Towarzystwa, za gorliwe pełnienie obowiązków sekretarza. W miejsce kol. Skórkowskiego wybrano na wniosek Przewodniczącego sekretarzem dorocznym Dr. T. Wasylewskiego.

3) Przewodniczący wnosi: aby stósownie do życzenia Komisyi słownikowéj, jeden dział słownika obejmujący wyrazy odnoszące się do psychiatryi wydrukować i dołączyć do Przeglądu lekarskiego, aby i koledzy zamiejscowi mogli nad niemi poczynić swoje uwagi: wniosek ten przyjęto. Kol. prof. Korczyński wyraża życzenie: aby komisyja słownikowa przy układaniu słownika wyrazów lekarskich, a osobliwie przy tworzeniu nowych wyrazów, uwzględniała ile możności ważniejsze języki słowiańskie. W dyskusyi zabiera głos kol. prof. Oettinger czyniąc uwagę: że Komisyja wymieniona ile możności uwzględniała i uwzględnia narzecza pobratymcze, że jednak obszerniejsze zastósowanie narzeczy słowiańskich w wyrazownictwie lekarskiém mogłoby doprowadzić do zamięszania, skoro już zachodzi różnica między terminologiją warszawską a krakowską; kol. prof. Blumenstok jest zaś zdania, że przedewszystkiém trzeba się starać o zatrzymanie tego co jest i co się przyjęło, oraz radzi unikać ile możności tworzenia nowych wyrazów.

4) Przewodniczący wzywa kol. prof. Oettingera jako przewodniczącego Komisyi sprawozdawczéj do roczników Virchova i Hirscha, o rozpoczęcie czynności, aby sprawozdanie na czas mogło być wygotowaném. Kol. prof. Korczyński zarzuca komisyi, że pomimo usilnéj i energicznéj pracy przewodniczącego, komisyja ta coraz gorzéj wywiązuje się z obowiązku, a niektóre sprawozdania tak są pobieżne, że nie zasługują na umieszczenie w rocznikach. W końcu stawia wniosek: aby komisyi nie organizować tak jak dotąd, lecz aby przewodniczący tejże kol. prof. Oettinger dobrał sobie 2 — 3 kolegów według jego zdania najodpowiedniejszych i przedstawił ich Towarzystwu do zatwierdzenia. Kol. prof. Blumenstok zgadza się z uwagami poprzedniemi, nie widzi jednak w wniosku prof. Korczyńskiego ratunku i sądzi że należałoby sprawozdania do roczników Virchowa oddać w ręce prywatne. Kol. Warschauer radzi poruczyć tę sprawę kol. Oettingerowi, któryby obmyślił stósowny środek zaradczy i przedstawił go Towarzystwu. W obec tego kol. prof. Korczyński cofa swój pierwotny wniosek i proponuje aby sam kol. Oettinger zorganizował sobie komisyję.

Kol. prof. Oettinger obawia się przyjąć na siebie całego ciężaru i odpowiedzialności, bo może wywołałby jeszcze większe utyskiwania niż dotąd; widział on że niektóre sprawozdania były niedokładne, ale też niektóre bywają wcale dobre i zwracają uwagę lekarzy zagranicznych na prace polskie, co popiera przykładem. Kol. prof. Blumenstok wnosi: Towarzystwo lekarskie zrzeka się sprawozdań do roczników Virchova i Hirscha i oddaje je w ręce kol. Oettingera z obowiązkiem, aby sprawozdania nadal były robione; honoraryjum za nie przypadające ma być oddane do rozporządzenia kol. Oettingerowi. Przewodniczący radzi, aby sprawozdania jeszcze tego roku pozostały w rękach Tow. lekarskiego, i aby kol. Oettinger na przyszłém posiedzeniu odpowiedni wniosek przedłożył. Kol. prof. Oettinger odpowiada, że ma nadzieję, iż przy poparciu poprzednich mowców wniosek odpowiedni na przyszłém posiedzeniu przedstawi.

5) Przewodniczący wzywa komisyję wybraną dla zastanowienia się nad złączeniem Komisyj hygijenicznéj i sądowo-lekarskiéj, aby zdała sprawę z swéj czynności na przyszłém posiedzeniu.

6) Przewodniczący zawiadamia w imieniu Komisyi dla popierania przemysłu krajowego w zastósowaniu do celów lekarskich, że Komisyja ta zastanawiała się i oceniała nadesłane przetwory i okazy, lecz ponieważ z powodu nieobecności jednego z referentów prof. Dra Olszewskiego prac swoich jeszcze dokończyć nie mogła, przeto przedstawi takowe na jedném z przyszłych posiedzeń.

7) Namiestnictwo nadesłało 30 egzemplarzy Sprawozdania c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi w latach 1875 i 1876, które przewodniczący między członków rozdziela.

8) Przewodniczący zawiadamia, że Namiestnictwo potwierdziło wybór zagranicznych członków korespondentów towarzystwa, a mianowicie Drów Dobrskiego Konrada w Warszawie, Kadlera Ludwika tamże, Orłowskiego Franciszka tamże, Rotha Władysława w Staszowie w Król. Polskiém, Lachowicza Antoniego w Berdyczowie na Wołyniu, hr. Huberta Krasińskiego w Petersburgu, Sokołowskiego Alfreda w Goerbersdorfie na Szląsku pruskiém, Rydygiera Ludwika w Chełmnie i Laskowskiego Zygmunta w Genewie.

9) Przewodniczący odczytuje pismo Rady zawiadowczéj Towarzystwa lekarzy galicyjskich, w którém taż Rada zawiadamia, że Walne zebranie delegatów dn. 11 czerwca r. b. odbyte, jednomyślnie uchwaliło wniosek, aby ponowić rokowania z Komitetem Towarzystwa lek. krak. w celu połączenia się obu towarzystw: w tym celu Rada zawiadowcza wybrała na posiedzeniu z dn. 8 października rb. komisyję z 3 członków składającą się, a rzeczą téj komisyi będzie bliższe określenie warunków o ile związek obu towarzystw ma nastąpić, tudzież uprasza tutejsze towarzystwo o wybranie komisyi, którąby z komisyją del. lwowską, punkta przedugodne opracowała. Kol. prof. Korczyński wnosi, aby sprawę tę odesłać do komisyi statutowéj, zaś kol. prof. Blumenstok sądzi, że należałoby z komisyi statutowéj wybrać ściślejszą komisyję z trzech członków składającą się; a gdy wniosek ten przyjęto, przewodniczący powołuje do komisyi koll. Korczyńskiego, Blumenstoka i Obalińskiego.

10) Na członka czynnego przedstawiają kol. prof. Korczyński i kol. Obaliński Dra Kazimierza Bosowskiego, aspiranta w szpitalu św. Łazarza; wybór nastąpi na przyszłém posiedzeniu.

11) Przewodniczący wzywa kol. Podskarbiego, aby przedstawił Komitetowi członków zalegających z wkładkami.

12) Kol. Smoleński odczytał obszerne uwagi o zapaleniu płuc według spostrzeżeń zebranych w ciągu 4 lat ubiegłych w klinice lekarskiéj prof. Korczyńskiego.

Odczyt ten poprzedził prof. Korczyński wstępnemi uwagami, o zadaniu i celu tego rodzaju sprawozdań klinicznych i szpitalnych.

W dyskusyi zabierali głos: kol. Warschauer, który zapytuje, dlaczego prelegent nazywa zapalenie płuc idiopatyczne szczerém a nie samoistném; tudzież czy nie zauważano w którym przypadku w klinice, lub może nie zwrócono uwagi na znaczne obniżenie tętna, jakie przy przesileniu chorobowém w zapaleniu płuc miewa miejsce; objaw to dosyć częsty, a kol. Warschauer widział przypadki, w których tętno obniżyło się do 40 na minutę. Kol. Oettinger robi małą poprawkę historyczną a mianowicie, ze nie Galen lecz jeszcze Hipokrates twierdził, jakoby przesilenie występowało w nieparzystych dniach. Kol. Ściborowski zapytuje prelegenta czy nie stósowano w klinice obok leków przeciwgorączkowych i podniecających także leczenia symptomatycznego. Prelegent kol. Smoleński odpowiada kol. Warschauerowi i kol. Ściborowskiemu na poprzednie uwagi i pytania, poczém kol. Buszek zwraca uwagę na śmiertelność w zapaleniu płuc, według dat statystycznych zebranych w biórze magistratu, a mianowicie, że największa śmiertelność przypada około 50go roku życia, tudzież popiera uwagi prof. Korczyńskiego co do częstego pojawiania się chorób nerwowych u Izraelitów. Kol. Warschauer przyznaje słuszność uwagom koll. Korczyńskiego i

Buszka co do częstego zapadania Izraelitów na choroby nerwowe, popierając je kilkoma przykładami, pewnéj jednak przyczyny tego podać nie umie, przyczém prostuje zapatrywanie prof. Hirscha, jakoby zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych nie miało reprezentantów w szczepie słowiańskim Kol. prof. Oettinger odwołując się na swoją 30 letnią praktykę szpitalną, stwierdza częstość chorób nerwowych u Izraelitów, ale przyczynę tego upatruje w nędzy, w wczesnych małżeństwach i w nieodpowiedniém pielęgnowaniu dzieci. Kol. Smoleński zapytuje kol. Oettingera skąd pochodzi u Izraelitów zwyczaj płodzenia większéj liczby dzieci i czy w tym podwyższonym popędzie płciowym nie ma co tradycyjonalnego? Kol. prof. Oettinger twierdzi, że płodzenie bardzo jest szanowane u Izraelitów ze względów religijnych i moralnych, a każda Izraelitka ma prawo żądać od małżonka na podstawie religii, aby ją pod tym względem dostatecznie zaspakajał.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Wasylewski.*

V. Listy z podróży i z praktyki

Przez Dra **Edwarda Sawickiego**, prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42.)

W hysteryi ciężkiéj zdarzają się napady stanów hypnotycznych pod postacią ekstazy, katalepsyi, somnambulizmu; lecz także sztucznie można wywołać u hysteryczek podobne napady, w czém zresztą nie byłoby nic dziwnego, gdyż także u kur i u innego ptactwa, u raków, królików i u świniek morskich, wywołać można stan hypnotyczny podobny do katalepsyi albo do ekstazy nieruchowéj; (porównaj Czermaka: „*Beobachtungen und Versuche über hypnotische Zustände bei Thieren.*“ *Pflügers Archiv f. d. gesammte Physiologie. T. VII;* albo „*Canstatts Jahresberichte*“ *T. 5.* „*Bericht über die Leistungen im Hypnotismus;*“ albo Jolly: „*Hysterie*“ w Ziemssena zbiorze T. XII. Oddz. 2, str. 562). Takie sztucznie wywołane u hysteryczek stany snu patologicznego, nazywają także Mesmeryzmem, ponieważ Mesmer z końcem przeszłego wieku nadużywał chorych w celu wywoływania u nich stanów hypnotycznych, w których upatrywał, według ówczesnéj zasady dynamizmu, zjawiska magnetyzmu zwierzęcego; (porównaj Häsera: „*Geschichte der Medizin.*“ T. 1, str. 817, wydanie z r. 1868). Nazywają także sztuczne stany hypnotyczne Braidyzmem, gdyż Dr. Braid, 1842 r. czynił w Edymburgu doświadczenia, które udowodniły, że za pomocą blasku wywołać można stany w mowie będące. Wywoływanie sztuczne stanów hypnotycznych znane było lekarzom dawniejszym. Tak np. Hoffmann: *(Medicina rationalis* T. III, p. 50) zacytowany przez Chambersa w Reynolda „*System of medicine,*“ T. II, p. 108, opowiada, że pewna młoda wieśniaczka popadała w stan zupełnéj nieruchomości, po nasłuchaniu się kazań rozczulających. Takie napady trwały po całéj godzinie i mogły być wywołane każdego czasu tekstem z Biblii, dotyczącym miłości Boga. Owe pląsy średniowieczne, znane pod imieniem *chorea Germanorum*, szerzyły się jak zaraza przez wiek XIII, XIV i XV; poczynały się one od napadów hystero-epileptycznych jednéj choréj, sztucznie zaś napady podobne ogarniały tysiące do tego usposobione. Zaraza ta szerzyła się nie inaczéj tylko przez oczy i umysł, jak pięknie mówi o têm Chambers (l. c.) biorąc do tego godło z romansu Longosa (pisarza greckiego w IV stuleciu), który mówi o zarazie spojrzenia (ἡ τῶν ὀφθαλμῶν ἐλωσίς). „Za pomocą ócz rządzą instynkt naśladowczy i sympatyja, pierwszemi zabiegami dziecka umysłowemi i cielesnemi i wiodą je do tego, że wzrasta na obraz i podobieństwo człowieka; za pomocą ócz, jak to czuł Longos, łączą się dwie dusze w jednę. Tak samo za pomocą ócz wznieca się ów stan chorobowy, w którym choroba nerwowa więzi władzę panowania nad sobą samym, krępując ją jakby skurczem elektrycznym i dozwalając têm samém występować najniższym poruszeniom zwierzęcym. Bezwątpienia potrzeba do tego naprzód pierwotnéj powolności, poddania się dobrowolnego z umysłu, lecz w miarę jak się powtarzają te poddawania się, energija słabnie coraz bardziéj, naturalna zaś i prawidłowa sympatyja zamienia się w rzeczywistą chorobę umysłu, w któréj władza woli jest całkiem zniesiona.“ Ten sam autor przytacza ustęp ze ś. Augustyna (*de civitate Dei*), w którym ten pisarz kościelny opowiada, że za jego czasów był kapłan zwany Restitutus, który na zawołanie każdego czasu umiał popadać w stan zupełnéj nieruchomości, tak że oddychanie nie było widoczne, czucia zaś nie miał żadnego, można go było kłuć, szczypać, piec jak trupa: rozmowy otaczających osób słyszał jakby głosy z dalekiéj odległości.

Niektóre osoby zwłaszcza młode mówią przez sen, osobliwie gdy przeładują na noc żołądek. Podczas gdy mówią można z nich wydobyć różne odpowiedzi przez podpowiadanie, jak to postrzegłem u mojego przyjaciela i kolegi Dra K., z którym mieszkałem razem w czasie naszych studyjów medycznych. Niekiedy dzieci zaspane, lub wieśniacy jedzą przez sen, chodzą we śnie; komuś zdaje się we śnie, że jest na wychodku, i oddaje mocz swobodnie do łóżka; Chambers znał duchownego, który przez sen wykonywał na sobie onanizm.

Chore hysteryczki popadłe dobrowolnie lub za pomocą środków sztucznych w stan hypnotyczny, podobnie mogą sprawować różne czynności, lub mówić już to z własnych wyobrażeń sennych, już to z poduszczenia obcego. Wielkie nadużycia jakie czynili w tym kierunku magnetyzerzy, spirytyści i tym podobni marzyciele i guślarze, zniesławiły do tego stopnia ową sztukę wywoływania stanów hypnotycznych u hysteryczek i w ogóle napadów hysterycznych, że nikt z lekarzy, komu miłą była dobra sława, nie odważyłby się był zajmować się takiemi doświadczeniami systematycznie. Nadzwyczajna rzadkość hysteryi ciężkiéj, z ową niesławą sztucznego hypnotyzmu połączona, zrodziła u wielu wątpliwość co do rzeczywistości stanów hypnotycznych w ogóle, jakkolwiek prof. Lasègne, poważny lekarz i pisarz, niedawno wywoływał stany hypnotyczne u hysteryczek, za pomocą położenia ręki na czoło i na oczy choréj, (*Archive générale* 1865, T. II). Hasse (*Krankheiten des Nervensystems*, str. 246) czyni z powodu wielkiego tańca Witowego albo germańskiego następującą uwagę: „Napady wielkiego tańca Witowego łączą się z jednéj strony ze stanami hypnotycznemi nieprawidłowemi, z nocoblędem, hysteryją i z innemi chorobami nerwowemi, lecz z drugiéj strony zabobon i żądza cudów, przesada, oszukaństwo i łudzenie samego siebie, złączyły z tą chorobą mnóstwo przewrotności i potworności oraz dały podstawę do nauk bałamutnych o czuciu metali, o jasnowidzeniu i o magnetyzmie zwierzęcym. Są w têm niewątpliwie jakieś ciemne i niezbadane zjawiska, w obec których jednak należy zachować powściągliwość ostrożną.

Charcot jednak zbadał nie tylko prawidła napadów hysterycznych, nie tylko podjął się na żądanie Towarzystwa bijologicznego w Paryżu, osławionéj metaloterapii Burqa; lecz zdecydował się na zbadanie stanów hypnotycznych, kata-

lepsyi hysterycznéj i somnambulizmu, które w tym celu wywołuje sztucznie, jak tego byłem naocznym świadkiem dnia 10 czerwca br. podczas mojéj bytności w laboratoryjum doświadczeń w Salpêtrière. Lecz posłuchajmy naprzód co inni o têm mówią a co sam Charcot?

Doświadczenia z hypnotyzmem sztucznym rozpoczął Charcot przy sposobności sprawdzania tak nazwanéj metaloterapii Burqa; nie czynił on tego jednak z fantazyi własnéj, z ciekawości lub chęci wywołania wrażeń uderzających. Zimny obserwator, przenikliwy badacz, logiczny myśliciel a nadto wszystko, charakter karny sam w sobie i prawy, byłby pogardził wszelkiemi pobudkami, które nie wyszły z ducha umiejętności i prawdy i któreby nie prowadziły do prawdy. Wiedział on, że metaloterapija, którą Burq głosił od 1851, że wywoływanie i nadużywanie hypnotyzmu sztucznego, wyszły z owych praktyk ciemnych i dla swéj bezinteresowności podejrzanych, które po ich autorze mesmeryzmem pospolicie zwiemy. Chociaż inni lekarze, jak A. Despine w r. 1820, Elliotson w r. 1838, używali złota przeciw przypadłościom hysteryi i jak twierdzili, z dobrym skutkiem; chociaż metaloterapija Burqa była niejako publicznie stwierdzoną w r. 1869 w szpitalu Lariboisière pod dobrą firmą: Hérarda i Verneuila; to jednak Charcot nie stósował jéj na swoim oddziale, ani też nigdy i nigdzie za nią nie przemawiał, trzymając się prawdopodobnie zdania podobnego, jakie wyrzekł o niéj prof. Oettinger: „Słabym, cichym, konającym już prawie odgłosem poruszającego niegdyś gorączkowo wszystkie umysły magnetyzmu, jest metaloterapija Burqa. Nie ma ona już owéj zuchwałéj buty wdzierania się w krainę niedościgłych zmysłom duchów, jest ona daleko skromniejsza i o ziemskim radaby utrzymać się chlebie. Tłumaczy się też, jak może jasno i odwołuje się do doświadczenia zmysłowo-lekarskiego, by przekonać każdego, że nie jest upiorem, ani nieboszczykiem, lecz istotą cielesną z tego doczesnego świata, bo jest w niéj coś, że nie powiem, ale pomimo to wzbudza niedowierzanie guślarskiego, tajemniczo mrocznego.“ (Umiejętność lekarska w obec szkół; Kraków 1863, str. 128).

Dopiero gdy Towarzystwo bijologiczne w Paryżu, na posiedzeniu swojém z sierpnia 1876 wybrało komisyję złożoną z Charcota, Luysa i Dumonpaillera w celu zbadania téj tak nazwanéj metaloterapii i zdania o niéj sprawy, Charcot zajął się tą rzeczą i przystąpił do niéj nie w innéj myśli jeno w téj, ażeby odkryć czynnik fizyczny, który działa i sprawdzić fakta działania. Już 13 stycznia 1877, na posiedzeniu Tow. bijologicznego podał pierwszą wiadomość o fakcie sprawdzonym, że anestezyja hysteryczna i organiczna ustępuje pod wpływem płytki jednego z metali przyłożonéj do skóry po stronie znieczulicy; lecz zarazem podnosi, że to dzieje się zapewne za przyczyną elektryczności, gdyż pod wpływem faradyzacyi anestezyja hysteryczna także ustępuje czasowo. (*Gazette des hôp.*, 1878 str. 44).

Wiadomo, że to przypuszczenie Charcota stwierdził Régnard za pomocą doświadczeń fizycznych, które dowiodły, że zetknięcie się metali z powierzchnią ciała hysteryczek, badanych w Salpêtrière, wywołuje prądy galwaniczne bardzo słabe. Eulenburg dowiódł to samo na osobach zdrowych (*Wiener medicin. Presse* 1879 str. 110); tudzież Schiff, jak się dowiadujemy właśnie z „Przeglądu Lek.“ tegorocznego, z Nru 40.

Tak więc owa „idiosynkrazyja metaliczna“ owa strona „guślarska i tajemniczo-mroczna,“ jaka w Burqizmie figurowała, ustąpiła przed znaną siłą elektryczną, którą Charcot w metaloterapii odgadł, a inni ją odkryli i stwierdzili.

Nie potrzebuję tu rozwodzić się nad objaśnieniem poszczególném téj tak nazwanéj metaloskopii właściwéj metaloterapii zewnętrznéj i wewnętrznéj, oraz nad rezultatami praktycznemi, jakie za pomocą niéj dotąd otrzymano we Francyi, w Anglii i w Niemczech, gdyż czytelnik powziął o têm wiadomość dostateczną z „Przeglądu Lek.“ z r. 1878, str. 110, 149, 151, i może ją uzupełnić sobie z artykułów *W. med. Presse* z rb. skreślonych przez Eulenburga, gdzie także znajdzie spis literatury odnośnéj. Wykład szczegółowy Charcota o skuteczności metali wewnętrznie zadawanych w Salpêtrière przeciw przypadłościom hysteryi ciężkiéj, z przytoczeniem historyj choroby i przebiegu leczenia samego, znajdujemy w *Gazette médicale de Paris* 1878, str. 419, 436, 450.

O skuteczności metaloterapii nic nie umiem powiedzieć z własnego doświadczenia, jakkolwiek widziałem „rekonwalescentki“ z oddziału Charcota, co jednak bynajmniéj nie wystarcza do powzięcia o têm własnego zdania.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Choroby nagminne w Galicyi w ciągu września 1879.

	ilość dotkniętych gmin	ludność	pozostało z końcem sierpnia	przybyło	z tych: wyzdrowiało	z tych: umarło	z tych: pozostało w leczeniu: chorych	z tych: pozostało w leczeniu: w gminach
Ospa	1	6313	—	6	6	—	—	—
Odra	15	30832	72	729	586	60	155	8
Płonica	18	16062	71	353	220	81	123	11
Błonica	60	89688	41	1040	380	535	166	39
Dur brzusz.	14	10364	53	222	204	10	61	5
Dur osutkow.	9	5866	13	97	62	11	37	7
Krztusiec	44	66764	902	1916	1497	131	1190	26
Czerwonka	40	35335	311	792	624	125	354	30

Dr. Merunowicz.

* W sprawie duru w Krynicy otrzymaliśmy list następujący od kol. prymaryjusza Dra Opolskiego we Lwowie:

„Z powodu nieobecności méj we Lwowie dziś dopiero donoszę, że następujące znane mi są przypadki duru zawleczonego z Krynicy do Lwowa.

1) Pani P. S. małżonka urzędnika rozchorowała się na dur w 4 dni po powrocie z Krynicy i chorowała 21 dni. Ja byłem jéj ordynaryjuszem.

2) Synek 4-letni p. hr. C. zachorował po przyjeździe do Lwowa na dur brzuszny. Chorował dni 21. Ja byłem ordynaryjuszem a protomedyk Biesiadecki konsultantem.

3) Pani St. R. nauczycielka zachorowała w Krynicy; zaraz po powrocie do Lwowa sprawdziłem u niéj dur bardzo ciężki z przypadami mózgowemi. Obecnie leży bez nadziei, albowiem po tyfusie wywiązała się gruźlica płuc. Ordynar. ja i Dr. Chądzyński.

4) Pani A. P. żona urzędnika. Ord. Dr. Berthleff.

5) P. T. obywatel z Rohatyńskiego nabawił się duru w Krynicy, a przebył go w Szczawnicy; mieszkał tamże w tym samym domu, w którym mieszkała p. hr. C. ze synkiem, a który to ostatni więc pośrednio uraczył się durem z Krynicy.

6) P. S. urzędnik kolei Albrechta chorował po powrocie z Krynicy przez 5 tygodni na dur. Ord. Dr. Szattauer.

7) Pani M., żona kupca tutejszego, chorowała już w Krynicy i leczoną już była podobno na „*febris gastrica;*“ we Lwowie stwierdzono dur brzuszny. Wiadomość tę mam od Dra Szattauera, który mi zarazem podał, że leczył i p. M. żonę tutejszego zegarmistrza na dur, który przywiozła z Krynicy.“

Tym sposobem do poprzednio przez nas wykazanych 16tu przybywa jeszcze 7 przynajmniéj przypadków; razem więc 23

przypadki duru pochodzącego z Krynicy. Do sprawy téj zresztą niezadługo powrócimy.

(*G*) Dekretem Prezydenta rzeczypospolitéj francuskiéj z dnia 7 października rb. zorganizowaną została na nowo Rada zdrowia ustanowiona w ministerstwie handlu i rolnictwa. Zadaniem jéj ma być: badanie kwestyi kwarantan, obmyślanie środków zapobieżenia i ochrony od epidemij i środków odnoszących się do poprawy sanitarnych stosunków ludności fabrycznéj i wiejskiéj, popieranie szczepienia, poprawa stosunków zdrojowisk a to aby można je uczynić dostępniejszemi dla ubogich i mniéj zamożnych chorych. Daléj ma się zajmować ta Rada sprawami dotyczącemi urządzenia i organizacyi Rad zdrowia i Komisyj, nadzorem policyjnym służby zdrowia i aptekarskiéj i higijeną rzemiosł. Rada oznacza Ministrowi te sprawy, które życzy sobie aby jeszcze były przedłożone Akademii lekarskiéj. Rada składa się z 20 członków. W skład jéj wchodzą: 1) Dyrektor departamentu handlu i konsulatów w ministerstwie spraw zewn. 2) Przewodniczący wojskowéj Rady zdrowia. 3) Jeneralny Inspektor prezydent najwyższéj Rady zdrowia dla marynarki. 4) Jeneralny dyrektor ceł. 5) Dyrektor zarządu spraw dla ubogich (*Asistance publique*). 6) Dyrektor departamentu spraw wewn. w ministerstwie handlu i roln. 7) Jeneralny Inspektor służby zdrowia. 8) Jeneralny inspektor wyższéj szkoły weterynaryi. 9) Inspektor budownictwa w ministerstwie handlu i roln. Resztę członków, wśród których ma być 8 lekarzy, mianuje Minister. Członkowie téj Rady za obecność na posiedzeniach otrzymują wynadgrodzenie. Równocześnie zamianował Minister: Dra Wurtza słynnego chemika prezesem téj Rady, a członkami: Drów Brouardela, Gavarreta, Petera, Gallarda, Prousta, Liouvilla, Dubrisaya oraz radcę państwa Tirmanna i Germer-Baillièra w Paryżu, sekretarzem zaś Dra Vallina prof. w Val de Grâce a nakoniec sekretarzem honorowym Am. Latoura.

(*G*) W zakładzie higijenicznym w Monachijum od listopada rb. utworzonym zostanie oddział do badań pożywek i innych przedmiotów. Wszelkie badania tego rodzaju wykonywać będzie ten oddział na żądanie magistratu za ryczałtową roczną opłatą 1200 marek.

(*G*) Pruski trybunał sądowy wyższy uznał w jednym z nie dawnych swych orzeczeń, że używanie tytułu doktorskiego udzielonego przez uniwersytet w Filadelfii nie podpada karze z §. 360 Nr. 8 panstwowego kodeksu karnego.

(*G*) W skład nowowybranéj pruskiéj Izby deputowanych wchodzą następni lekarze: prof. Dr. Virchow, Dr. Strassmann, Dr. Löwe, Dr. Holtze, Dr. Weber, Dr. Thilenius i Dr. Fackeldey.

Statystyka epidemij. W tyg. 41 ospa miała przeważnie łagodny przebieg. W Londynie nie umarł nikt (pierwszy raz od kwietnia 1876) zapadło 5, leczyło się w szpitalach 42. W Paryżu umarło tylko 9, w Bukareszcie 5, w Barcelonie 3, w Petersburgu 11, w Odesie 2, w niektórych innych miastach po 1. Płonica zabrała w Bukareszcie jeszcze 30 ofiar. W Petersburgu umarło 3 osób z duru osutkowego.

W tygodniu 42 umarło w Krakowie z chorób zakaźnych: 8 osób: 6 z ospy nieszczepionych (w ulicy Różannéj L. 417, w ul. Zwierzynieckiéj L. 41, w ul. Grodzkiéj L. 103, w ul. Wolskiéj L. 72, 2 w ul. Łobzowskiéj L. 100); 1 z dławca (na Stradomiu L. 8); 1 z duru brzusznego (w ul. św. Rocha L. 461); a doniesiono w tymże tygodniu o następujących przypadkach chorób zakaźnych: 4 duru brzusznego (z ul. Józefa L. 251, ze szpitala św. Łazarza, z Borka Falęckiego, z ul. Mikołajskiéj L. 455), 7 ospy (2 z ul. Grodzkiéj L. 87, z ul. Wolskiéj L. 72, z ul. Zwierzynieckiéj L. 41, ze szpitala, 2 z ul. Długiéj L. 2); 2 płonicy (z Rynku L. 11 i z ul. Grodzkiéj L. 88); 3 dławca (z ul. Zwierzynieckiéj L. 30, z ul. Mikołajskiéj 455, z ul. Szpitalnéj L. 383).

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 41 umarło w Krakowie na rok i 1.000 mieszkańców 25,8; we Lwowie 28,2; w Warszawie 25,9; w Poznaniu 32,2; w Wiedniu 23,2; w Pradze 34.4; w Tryjeście 33,7; w Berlinie 24,9; w Hamburgu 23.9; w Monachijum 34,1; w Dreznie 22,7; w Wrocławiu 28,3; w Lipsku 25,7; w Bazylei 23,8; w Brukseli 22,2; w Paryżu 23,3; w Londynie 19,7; w Kopenhadze 26,3; w Stokholmie 18,1; w Chrystyjanii 15,2; w Petersburgu 30,4; w Odesie 33,1; w Bukareszcie 34,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

(*G*) **Kraków**, d. 24 października. Dowiadujemy się, iż Rada zawiadowcza Tow. lek. gal. zawarła układ z Towarzystwem wzajemnych ubezpieczeń w Krakowie mocą którego pośredniczyć będzie między lekarzami chcącemi zabezpieczać się na życie a Towarzystwem, w zamian zaś za to opłata jaką zwykle ajenci zabezpieczający pobierają wpływać będzie w całości do funduszu żelaznego Tow. lek. gal. Zabezpieczający się nie będą więcéj płacili a mimo to wzrastać będzie fundusz żelazny Towarzystwa, którego odsetki wedle ustawy Tow. lek. gal. służyć mają na stałe roczne pensyje dla wdów i sierot po członkach Tow. Ze względu na tak szlachetny cel tego funduszu zwracamy więc uwagę lekarzy mających chęć ubezpieczyć się na życie na możność dokonania tego za pośrednictwem sekretarza Tow. lek. gal. w ten bowiem sposób przyczynią się do pomnożenia funduszu żelaznego Tow. lek gal. namieniając, że i lekarze nie należący do Tow. lek. gal. z tego pośrednictwa korzystać mogą.

(*G*) W Nrze poprzednim donieśliśmy iż prof. Brücke obrał sobie za temat do wykładu przy inauguracyi jako rektor uniwersytetu wiedeńskiego sporną kwestyję: czy studyja klasyczne w gimnazyjach uprawiane są potrzebne dla kandydatów medycyny? Namieniliśmy już, iż mowca uznał takich, którzy ukończyli szkoły realne za niedostatecznie przygotowanych do nauk lekarskich ciekawą atoli jest rzeczą poznać całe rozumowanie tak znakomitego fizyjologa, dlatego podajemy tu krótki zarys treści tego wykładu. Najpierw zastanawia się prof. B., czy lekarz potrzebuje znać język łaciński i grecki? Wprawdzie nomenklatura lekarska jest częściowo łacińska a częściowo grecka ale każdy język posiada téż własną nomenklaturę lekarską, którą tylko dlatego mniéj się posługujemy, iż łacińska i grecka są krótszemi. Możnaby więc wykształcić nomenklaturę lekarską w każdym języku i moglibyśmy się obejść bez nazw łacińskich i greckich.

Dziś nikt już nie czyta pism lekarzy greckich i rzymskich, a na te, które dziś ogłaszane są po łacinie, nikt wkrótce uwagi zwracać nie będzie. Przyjdzie téż czas, że będą lekarze posiadający więcéj od nas wiedzy lekarskiéj, a przecież nie umiejący ani po łacinie ani po grecku. Czyż jednak mamy do tego przykładać rękę, aby nadejście téj chwili przyspieszyć?

Wyrzekając się znajomości języków starożytnych, wyrzekamy się téż wielu innych rzeczy, które życie ludzkie upiękniają i uszlachetniają. Ucząc się tych języków kształcimy się także moralnie, a któryż zawód więcéj potrzebuje moralności niż zawód lekarski. Lekarz każdy powinien posiadać oprócz wiedzy zawodowéj także duży zapas moralności, nieraz bowiem znajduje się w potrzebie rozstrzygania kwestyj co do podejmowania operacyj, przyczém moralnością powodować się winien. Lekarze posiadają władzę z jednéj strony przynoszenia pomocy a z drugiéj i szkody, winni być moralni łagodni, ludzcy jak siostry miłosierne, odważni i poświęcający się jak żołnierze a w jakiż sposób nabędą tych przymiotów gdy za młodu nie przejmą się zasadami moralności. Wprawdzie nie każdy odnosi pożądane w tym kierunku owoce z nauk gimnazyjalnych ale musielibyśmy zupełnie zmienić nasze zapatrywania, gdybyśmy naukom klasycznym odmawiali wpływu umoralniającego. Sposób nauczania po gimnazyjach wymaga koniecznych zmian, a to w tym kierunku aby więcéj przywiązywać uwagi do zrozumienia pisarzy łacińskich i greckich aniżeli do tego, aby uczniowie poprawnie wyrażali się w tych językach. Zmiany w tym duchu w sposobie nauczania w gimnazyjach są potrzebne nie tylko ze względu na lekarzy ale i ze względu na kandydatów innych zawodów, z których w każdym podobne pojmowanie zadania gimnazyjów będzie pożyteczne. Stanowisko lekarzy nie jest inne jak ludzi naukowych innych zawodów, powinni téż oni naukowo tak być wykształconemi jak ludzie innych zawodów, jeżeli zaś od innych wymagamy studyjów klasycznych musimy ich wymagać i od lekarzy. Mniejszy stopień wykształcenia ogólnego dla ludzi tak ważne mających zadanie do spełnienia jest nieodpowiedni, dlatego szkoły chirurgów są niestósowne. Nie są one w stanie zapobiedz miejscowemu, w niektórych okolicach brakowi lekarzy, ale w tym celu służą nam poprawa stosunków i ułatwienie nauki medycyny.

(Wypływa więc z téj przemowy prof. B. że potrzebną jest koniecznie rychła reforma naszych gimnazyjów.)

(*G*) **Wiedeń**. Wszelkie wykłady w tutejszym wydziale lekarskim już się rozpoczęły. Liczba nowo zapisanych na pierwszy rok jest znacznie większą niż w latach poprzednich. Przybyła też jak zwykle znaczna liczba lekarzy obcych.

Do *Allg. Wien. med. Zeitung* donoszą z Monachijum, iż na pierwszém powakacyjném posiedzeniu Tow. lek. w Monachijum prof. Rüdinger okazał naśladowany wzór ciała ludzkiego złożony z ośmiu przekrojów prostopadłych, które można składać i rozkładać jak kartki w książce. Te 16 a względnie 14 przekrojów ciała przedstawiają jak najdokładniéj gdy są otwarte w naturalnym kształcie i naturalnéj barwie wszystkie anatomiczne szczegóły od głowy aż do pośladków. Pojedyncze te warstwy zostały odlane z ciała w zamrożonym stanie przez zręcznych młodych artystów braci Zeillerów pod kierunkiem prof. Rüdingera. Bardzo ciekawy przedstawia się obraz gdy pojedyncze te części stojącego na podstawie ciała otwieramy lub zamykamy. Lepszy obraz uzmysławiający dla nauki klinicznéj trudno sobie wyobrazić, prof. Ziemssen nazwał go też europejskim unicum.

(*G*) **Wiadomości osobowe.** Radzca rządowy i lekarski Dr. Wasserfuhr w Strasburgu został mianowany radzcą ministeryjalnym w ministerstwie dla Alzacyi i Lotaryngii.

Nekrologija. W Bonnie umarł radca lekarski Dr. Mohr od lat 15 docent Uniw. tamtejszego znany ze swych prac na polu farmacyi i chemii lekarskiéj.

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Dwutygodniku med. publ.* Nr. 20: Lutostańskiego: O ścianach i wyprawie tychże ze stanowiska zdrowotnego (c. d.); w *Medycynie* Nr. 42: Klinka: Kilka uwag z powodu wycinania t. zw. szankrów twardych; w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 16: Perkowskiego: Rak prawéj szczęki górnéj; prof. Dogiela: Poszukiwania farmakologiczne (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. A. JURASZ (w Heidelbergu): Ein Fall von Lähmung der Mm. crico arytaenoidei postici nach Keuchhusten. (Osobne odbicie z *Jahrb. f. Kinderheilk.* N. F. XIV, in 8vo, str. 3.)

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla